

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

11^{N°}

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

NGUYEN-VAN-KIEU

Né le 1^{er} Juin 1903 à Sadec (Cochinchine)

FISTULES CUTANÉES
CERVICO-FACIALES
D'ORIGINE DENTAIRE

Président : M. Fernand LEMAITRE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE M. BLONDIN
24, Rue Cardinet, 24

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

NGUYEN-VAN-KIEU

Né le 1^{er} Juin 1903 à Sadec (Cochinchine)

FISTULES CUTANÉES
CERVICO-FACIALES
D'ORIGINE DENTAIRE

Président : M. Fernand LEMAITRE, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE M. BLONDIN
24, Rue Cardinet, 24

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE.

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
BIJSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MILON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE.

pour le service des examens.

MM.

GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS.

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Stomatologie.
LEROUX-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

MEIS ET AMICIS.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Hommage de ma très respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CHOMPRET
STOMATOLOGISTE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance pour le
bienveillant accueil qu'il m'a
réservé dans son service.*

A M. LE DOCTEUR CH. RUPPE
ANCIEN INTERNE ET STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX
DE PARIS

A M. LE DOCTEUR CROCQUEFER
STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS

A M. LE DOCTEUR DECHAUME
STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS

A M. LE DOCTEUR LATTES
STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS

*Témoignage de ma recon-
naissance pour les conseils et
les documents qu'ils m'ont
donnés.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS.

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE HANOI.

A M. LE DOCTEUR LALUNG-BONNAIRE
ANCIEN MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL INDIGÈNE
DE COCHINCHINE (CHOLON)
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de ma profonde gratitude.

Introduction

Nous nous proposons, dans ce travail, une étude des fistules cutanées d'origine dentaire.

Après un rappel de l'histoire de la lésion, nous insisterons sur la pathogénie et le diagnostic dont l'intérêt topographique nous paraît dominer toute cette question.

Le traitement, conduit d'une façon simple et méthodique, sera avant tout conservateur.

Historique

L'idée de rechercher dans le système dentaire l'origine des fistules pérимандібуlaires est fort ancienne.

Ainsi, CELSE, dans son *Traité de la Médecine* (liv. VI, chap. XIII), le mentionnait, 25 ans avant Jésus-Christ :
« Fit etiam interdum, ut ex gingivæ ulcere, sive *αφοχης*
« fuit, sive non fuit, diutius pus feratur; quod aut corrupto
« dente, aut fracto, vel aliter vitiato osse, maximeque id,
« per fistulâm evenire consuevit ».

BENIVENIUS, de Florence, au xv^e siècle, guérit en quelques jours, par l'extraction d'une dent, un « ulcère du menton » qui durait depuis trois ans.

AMBROISE PARÉ mentionna le premier l'origine dentaire des fistules cervicales qu'il appelait « ulcères fistuleuses ».
« Il y a, dit-il, des ulcères fistuleuses aux gencives, dont
« s'ensuit carie de la racine, et enfin, l'ulcère pénètre par
« dehors, comme sous le menton : ce qu'aucuns estiment
« être escrouelles, estimans estre incurables ne se pouvans
« guérir par aucun remède susdit. En telles ulcères, faut
« suivre le conseil d'Aèce et de Celse, qui est arracher
« la dent offensée : car par ce moyen on extirpera la fistule, la gencive s'abaissera et ce qui reste de la curation

« sera plus facile pour ce qu'il n'y avoit que la pourriture
« de la dent qui l'entretenoit ».

Plus tard, en 1778, JOURDAIN cita dans son *Traité des Maladies de la Bouche*, le cas d'une femme qu'une extraction dentaire débarrassa d'une fistule dont le début remontait à 14 ans.

Au commencement du XIX^e siècle, J. R. DUVAL parla le premier des « fistules dentaires » dans un mémoire adressé à la Faculté de Médecine de Paris en 1810.

CHOISY, de Chantelle, en 1848, déclare, comme le rapporta Velpeau dans ses « *Leçons orales de Clinique Chirurgicale* » (t. III, p. 443) « que les fistules dentaires sont
« dues à une véritable opération chimico-organique dont
« le résultat est la destruction d'un organe qui devient
« tout à la fois un corps étranger et le point de départ de
« la fistule dentaire, si même il ne devient la cause d'au-
« tres maux ».

Par des examens pratiqués sur cadavres, CHASSAIGNAC, en 1851, a conclu à l'existence des fistules dentaires sans carie de la couronne et en a rattaché la cause à certains engorgements d'origine inconnue des glandes sous-maxillaires et des abcès de la même région, et à la carie alvéolaire latente des molaires inférieures.

Cette absence de carie coronaire a été, comme nous le verrons plus loin, la cause d'erreurs grossières de diagnostic et de traitement encore plus lamentables.

Viennent ensuite TILLAUX et DUPLAY, avec lesquels la notion de l'origine dentaire des fistules pérимандibulaires était devenue classique. « Toutes les fois, écrit le premier,
« dans son *Anatomie topographique*, qu'il existe un tra-
« jet fistuleux au voisinage des mâchoires, le chirurgien
« doit se préoccuper d'abord du système dentaire, qui est

« presque toujours le point de départ, alors même qu'on « ne trouve pas de lésions sur la partie extra-alvéolaire « des dents ».

L'étiologie de cette affection a été mise au point d'une façon magistrale par les travaux de MAGITOT qui, en 1859, dans un premier mémoire « *Tumeurs du périoste alvéolo-dentaire* », puis dans un article sur « *l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire* », paru dans les Archives générales de Médecine, a affirmé l'origine dentaire des fistules et en a attribué le point de départ à une « périostite alvéolo-dentaire », terminologie peu exacte, remplacée depuis les recherches de Malassez, par celle d'« arthrite alvéolo-dentaire ».

Roux, de Meximieux, rapporta en 1872 un cas très intéressant de fistules multiples d'origine dentaire qui, au nombre de douze, s'échelonnaient de la tête à la clavicule.

D'autres cas de fistules du cou ont été signalés par DOLBEAU, en 1874, dans ses cliniques faites à l'Hôtel-Dieu.

Deux ans plus tard, PIETKIEWICZ, son élève, traita d'une façon remarquable, la question de la « périostite alvéolo-dentaire » dans sa thèse devenue le meilleur travail que l'on ait sur ce sujet, et dans laquelle il a rapporté les fistules ayant pour origine une périostite (arthrite) alvéolo-dentaire.

A partir de ce moment, la question a pris place dans les traités classiques de Chirurgie avec Tillaux, Pollosson, Gérard-Marchant, A. Broca, Sébilleau, P. Reclus, etc...

Définition

Ce sont des orifices cutanés anormaux du cou et de la face, auxquels fait suite un trajet venant se terminer soit directement au fond alvéolaire d'une dent (fistules alvéolaires de Fargin-Fayolle), soit, le plus souvent, à une lésion intermédiaire d'origine dentaire (adénite, kyste, etc.).

Ainsi la DIVISION peut se faire en :

— fistules dentaires directes ou fistules alvéolaires (Fargin-Fayolle),

— fistules dentaires indirectes ou fistules odontopathiques (Prudhomme).

Etiologie et Pathogénie

Les fistules dentaires sont les reliquats des complications des mono-arthrites apicales suppurées. Celles-ci succèdent à une gangrène pulpaire, qu'elle soit due :

- à une carie dentaire, cas le plus fréquent,
- ou à une mortification pulpaire sans carie.

Les autres causes de mono-arthrites alvéolo-dentaires aiguës (traumatisme, gingivite, par voie sanguine...) entraînent exceptionnellement des accidents propres à laisser à leur suite des fistules.

La fistule muqueuse provient d'un ostéo-phlegmon n'ayant engendré qu'une cellulite séreuse (fluxion banale).

La fistule cutanée demande, pour se produire, une cellulite suppurée : elle est donc beaucoup plus rare que la fistule muqueuse.

S'il y a fistulisation, c'est qu'il y a persistance de l'agent causal, et, le plus habituellement, c'est qu'il subsiste la racine de la dent infectée. « Le chirurgien pratique des curettages osseux inutiles, alors que la simple avulsion de la dent causale, ou son traitement quand il est possible, guérit en quelques jours une fistule qui durait depuis plusieurs mois ». (Ruppe.)

Mais parfois la cause dentaire initiale étant détruite, la fistule subsiste néanmoins, parce que le tissu cellulaire atteint évolue pour son propre compte et entretient la fistule, comme l'ont bien montré Ruppe, Thibault et Dechaume.

Les premiers distinguent, en effet, (Paris - Médical, 1^{er} septembre 1928) les fistules consécutives à des cellulites d'origine dentaire. « Il arrive toutefois, disent-ils, « après une ostéomyélite, d'observer la persistance d'une « fistule que n'explique aucune lésion osseuse : la radio- « graphie est muette et tout curettage osseux reste abso- « lument sans résultat. C'est que le tissu cellulaire de voi- « sinage s'est sphacélé et subsiste comme un corps étran- « ger entretenant la suppuration au même titre qu'un sé- « questre. Un simple curettage de ce foyer cellulaire suffit « d'ailleurs pour amener la guérison de cette fistule « rebelle ».

Dechaume dit de même : « ...Et à côté d'elles (périapexites suppurées fistulisées à la muqueuse), on ren- « contre des fistules consécutives à des cellulites (phleg- « mons ou cellulites subaiguës) d'origine dentaire. Dans « ces derniers cas, si la lésion apicale coexiste toujours « avec la lésion cellulaire, l'importance de cette dernière « est néanmoins démontrée par l'échec du traitement « dirigé contre la lésion alvéolaire seulement ».

Quant aux raisons qui président à l'ouverture et au cheminement du pus, elles sont d'ordre purement anatomique.

La profondeur plus ou moins grande du cul-de-sac vestibulaire, la situation des apex par rapport aux tables des maxillaires et aux diverses régions, la répartition des insertions musculaires ménageant entre elles des zones de périoste décollable et de tissu cellulaire lâche, la disposition en gouttière des feuillets musculo-aponévrotiques du cou, expliquent le siège des fistules cutanées en des régions souvent très éloignées de leur point d'origine.

Nous allons reprendre l'étude de ces particularités anatomiques, telle que l'a faite Ch. Ruppe, dans son anatomie bucco-dentaire.

Au maxillaire supérieur, les incisives, avec leurs apex très superficiels et situés au-dessous du repli muqueux du vestibule, provoquent des lésions qui aboutissent le plus habituellement à des fistules muqueuses vestibulaires et exceptionnellement à des fistules cutanées.

Le muscle myrtiliforme, tendu de la région périapicale des incisives à la sous-cloison, dirige vers cette dernière région les collections purulentes qui en sont issues : celles de l'incisive centrale aboutissent à la sous-cloison, celles de l'incisive latérale, au niveau de l'aile du nez.

Les fistules partant des *canines*, montent le long du sillon naso-génien et peuvent s'ouvrir au-dessous de l'angle interne de l'œil. Cette migration ascendante s'explique, non par la présence, comme l'invoquait Parinaud, d'un canalicule continu intra-osseux, d'existence problématique, allant de l'alvéole de la canine à la région lacrymale, mais par la disposition des insertions musculaires ménageant entre elles « une zone dépériostée, où, à la faveur d'une « adhérence moins intime du périoste, cette membrane « pourra se décoller, laissant le pus cheminer vers la branche montante » (Fargin-Fayolle). En effet, le périoste, plaqué contre l'os en arrière et en dehors par les insertions du canin et du petit zygomatique, en avant par celles du transverse du nez, du myrtiliforme et du dilatateur des narines, ne peut se décoller qu'entre ces deux lignes d'insertions musculaires; et, solidement bridé en bas par l'adhérence intime du périoste avec le ligament circulaire de l'articulation alvéolo-dentaire, le pus ne peut, en définitive, fuser qu'en haut.

D'après Chompret et Dechaume (Rev. de Stomatologie n° 11, novembre 1931 « *Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire* »), les abcès palpébro-lacrymaux seraient, au contraire, « non pas des abcès sous-périostés, « mais des phlegmons dont l'évolution est guidée par les « interstices musculaires ».

Les *fistules sous-malaires* sont issues des prémolaires et surtout des molaires supérieures. Le buccinateur, inséré au maxillaire supérieur sur le bord alvéolaire de la région molaire jusqu'à la crête canine, guide vers la joue les collections purulentes partant de leurs racines vestibulaires. Ces mêmes collections, par l'intermédiaire de la boule graisseuse de Bichat, peuvent exceptionnellement gagner en avant la région sous-orbitaire, et en arrière la fosse temporale.

Au *maxillaire inférieur*, les *fistules du menton*, s'ouvrent toujours très bas sur le bord inférieur de la mandibule ou dans la région sous- et même rétro-mentonnière. Ce siège s'explique par la disposition des muscles de la houppe du menton qui s'insèrent très haut sur le rebord alvéolaire des incisives et des canines, et dont les fibres se dirigent ensuite obliquement en bas et en avant, et se perdent dans la peau de la saillie mentonnière.

Par sa structure anatomique, cette région du menton mérite, d'autre part, une mention spéciale. L'insuffisante vascularisation de cette portion distale de la mandibule, tenant à ce que l'artère dentaire inférieure y arrive comme épuisée, et que les anastomoses trans-osseuses sont minimales (Jossu), explique la fréquence des mortifications pulpaire sans carie des dents antérieures, à l'occasion d'une cause infectieuse ou d'un traumatisme souvent insignifiants.

Si l'origine dentaire est presque exclusivement de règle pour les fistules mentonnières, elle est souvent méconnue, soit parce que le clinicien n'a pas songé à l'examen dentaire, soit parce que, y ayant pensé, il n'a pas trouvé de carie et exclut la dent comme point de départ des fusées purulentes. Cet examen incomplet entraîne des erreurs fréquentes de diagnostic et par conséquent de thérapeutique.

En regard des *prémolaires*, les fistules cutanées sont exceptionnelles. En effet, à l'inverse de ce qu'on a observé à la région mentonnière, les deux muscles triangulaire, le plus superficiel, et carré du menton, le plus profond, s'insèrent sur la ligne oblique externe, très bas par rapport à la ligne apexienne, et se perdent en haut et en dehors, le premier dans la peau, le second sous la muqueuse jugale. Le pus venant des fonds alvéolaires ne peut fuser en avant que dans cette sorte de hamac musculo-osseux, et s'évacue presque toujours à travers la muqueuse, dans le vestibule.

Les *fistules de la région postérieure de la mandibule* (angulo-maxillaires, sous-maxillaires et rétro-angulo-maxillaires) sont d'autant plus fréquentes que l'on se dirige plus en arrière : les insertions du buccinateur et du mylo-hyoïdien, sur les deux lignes obliques externe et interne, plus basses en avant qu'en arrière, exposent, en effet, d'autant plus souvent les collections purulentes péri-apicales à la fistulisation cutanée que le pus part de dents plus postérieures.

Autre particularité intéressante : la table osseuse interne est d'autant plus mince qu'on se reporte plus en arrière, et les racines des molaires d'autant plus proches de la table interne qu'elles sont plus postérieures : ce qui montre que les ostéo-phlegmons ont d'autant plus de tendance

à évoluer vers la table interne qu'ils partent de dents plus postérieures, et que, parallèlement, leur ouverture dans la région sous-maxillaire est d'autant plus fréquente qu'on se trouve plus en arrière.

Au *cou*, les fistules dentaires sont très rares et proviennent en général des molaires et surtout des dents de sagesse inférieures : le pus, après avoir traversé l'os mandibulaire (le plus souvent au niveau de sa table interne), fuse entre les feuillets musculo-aponévrotiques du cou, disposés en gouttière (peaucier en dehors, muscles sus et sous-hyoïdiens en dedans), le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien. Le siège est donc très variable.

Uniques en général, elles peuvent être exceptionnellement multiples (cas de Roux, de Meximieux, 1872). Leur siège fait errer souvent le diagnostic.

Telles sont les fistules dentaires classiques.

A côté d'elles, il faut se rappeler la possibilité de l'existence des *fistules odonto-pathiques*. Dans la règle, il s'agit de fistules ganglionnaires dont le siège le plus habituel est :

- génien,
- sous-mentonnier,
- sous-maxillaire.

Les fistules cutanées dues à la suppuration d'un kyste paradentaire, d'un kyste dentigère, sont tout-à-fait exceptionnelles. On ne rencontre guère de telles fistules qu'au niveau du menton, et elles font l'objet d'observations.

Il peut arriver qu'une des poches d'un adamantinôme polykystique suppure, mais, là encore, la fistule est le plus habituellement muqueuse et non pas cutanée.

Anatomie Pathologique

Comme pour toutes fistules cutanées, l'étude des fistules dentaires comprend celle de :

- l'orifice externe,
- du trajet,
- du lieu d'origine.

I. — *Orifice externe.*

L'orifice externe revêt un *aspect* différent suivant que l'ouverture est récente ou ancienne.

Dans le premier cas, il est irrégulier, à bords amincis, décollés, entouré d'une zone oédématisée, congestionnée, traduisant une cellulite en évolution, masqué souvent au milieu de cette symptomatologie à grand fracas.

Dans le deuxième cas, l'aspect est des plus variés : sans parler d'une lésion secondaire surajoutée provenant d'application de caustiques ou de topiques de nature plus ou moins suspecte et modifiant complètement la physiologie clinique habituelle, l'orifice s'ouvre, en général, au centre d'une saillie papilliforme, violacée, légèrement indurée, ombiliquée, laissant sourdre spontanément ou à la pression, soit un pus jaunâtre bien lié, soit une sérosité muco-purulente striée de sang. Souvent, l'orifice est recou-

vert d'une croûte brunâtre; sorte de clapet derrière lequel le pus s'accumule, jusqu'au moment où, tombant spontanément ou enlevé par le malade, le pus s'évacue.

D'autres fois, l'orifice est entouré de fongosités bourgeonnantes, saignant au moindre contact. L'examen histobiologique montre des lésions inflammatoires banales.

Le plus souvent l'orifice est rétracté par des brides fibreuses, surtout en des zones où la fistule repose directement sur l'os. Cette rétraction, très apparente dans les mouvements de la physionomie, persiste même après la guérison.

En général simples, les fistules peuvent être doubles ou triples, provenant d'une même et seule dent causale.

Exceptionnellement, une seule ouverture cutanée conduit à plusieurs foyers apicaux (fistules polyvalvulaires de Fargin-Fayolle).

Le *siège*, très variable, est conditionné, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, par les dispositions anatomiques des insertions du périoste, des muscles et par la répartition du tissu cellulaire de la face et du cou.

II. — *Trajet.*

A l'orifice externe fait suite un trajet plus ou moins sinueux, de longueur variable avec le siège des fistules, de lumière souvent capillaire, rendant le cathétérisme très délicat.

Tantôt, le trajet conduit directement à l'apex d'une dent, tantôt, il est interrompu par un foyer inflammatoire intermédiaire (kyste, adénite...), auquel cas, la deuxième portion du trajet n'est pas toujours facilement décelable.

Histologiquement, il s'agit d'une « hypertrophie du

tissu lamineux avec grande quantité de vaisseaux de nouvelle formation, énorme quantité de leucocytes et infiltration de toute la masse » (Pozzi), se traduisant cliniquement par l'induration du trajet, donnant au doigt la sensation d'un cordon fibreux se perdant à la racine d'une dent, signe de grande valeur diagnostique et étiologique.

III. — *Lieu d'origine.*

L'arthrite apicale suppurée chronique occasionne du côté du maxillaire des lésions d'ostéite raréfiante avec aspect de « lame criblée », souvent un ou plusieurs séquestres; du côté de la racine, une résorption plus ou moins avancée des tissus apicaux; l'apex se montre « rongé », dénudé, baignant dans du pus jusqu'à la limite de destruction ligamentaire, marquée par un bourrelet fongueux. Au lieu de lésions de cémentite raréfiante, peuvent exister des lésions de cémentite hypertrophiante.

La dent causale porte les lésions habituelles de mortification pulpaire avec ou sans carie, que traduisent une teinte grisâtre de la couronne, son opacité à la transillumination, l'absence de réaction aux agents thermiques et électriques, enfin l'image caractéristique à la radiographie de lésions osseuses et apicales.

Symptomatologie

L'examen d'une fistule comportera toujours :

1° l'inspection qui montre l'orifice fistuleux et l'état buccal,

2° la palpation qui fait sentir le cordon fibreux qui relie l'orifice à la région malade,

3° l'exploration au stylet qui permet d'aboutir sur l'os dénudé,

4° la radiographie qui montre les lésions causales,

5° l'exploration radiographique complémentaire après injection au lipiodol du trajet fistuleux.

Diagnostic

L'intérêt de l'étude des fistules dentaires est avant tout étiologique. Les diagnostics diffèrent complètement suivant le siège de la fistule.

Le diagnostic, facile pour les fistules à court trajet, plaquées sur l'os, est délicat pour les fistules cervico-faciales éloignées des maxillaires.

Aux *signes communs* que nous avons exposés en détail aux derniers chapitres, montrant l'origine dentaire de la fistule, il convient d'ajouter les *signes topographiques* qui éclaireront le diagnostic étiologique souvent très délicat.

a) A la *sous-cloison du nez* aboutissent les fistules des *incisives centrales supérieures*, en général très rares, vu la fréquence de leur évolution vestibulaire.

b) Celles de la *latérale supérieure* se font au niveau de l'*aile du nez*.

c) Celles de la *canine* s'ouvrent au *sillon naso-génien* et même au-dessous de l'*angle interne de l'œil*, simulant une *dacryocystite fistulisée*. Il s'agit, en général, d'une dacryocystite fongueuse fistulisée, dont le diagnostic se fait par :

- les antécédents de dacryocystite aiguë,
- le siège de la fistule toujours au-dessus du tendon

direct de l'orbiculaire, ou bien son ouverture, après un trajet sous-cutané, en un point de la peau correspondant à la moitié interne du rebord orbiculaire inférieur, par un petit bourrelet rouge sombre (Terrien); tandis que la fistule d'origine dentaire siège toujours à 1/2 cm. au-dessous du rebord orbitaire.

— le cathétérisme qui montre un trajet unique se continuant avec le canal lacrymo-nasal.

— enfin l'injection de liquide coloré.

d) Les *fistules sous-malaires* soulèvent des problèmes diagnostiques du plus grand intérêt. La cause la plus habituelle est dentaire. Selon Lebedinsky, il y aurait toujours adénite génienne intermédiaire. Dechaume et Maleplate, reprenant cette question, ont montré que cet intermédiaire était loin d'être indispensable et qu'il s'agissait presque toujours d'une cellulite provoquée par un ostéophlegmon issu des molaires ou des prémolaires.

A ce niveau, peuvent exister encore, bien que plus rarement, des fistules relevant d'une toute autre cause.

Il faut établir si le point de départ est osseux ou non.

A l'origine *osseuse*, se rattachent, outre les lésions dentaires que nous avons étudiées :

— une tuberculose de l'os malaire fistulisée (thèse de Fraenkel),

— une actinomyose osseuse (forme centrale), à titre tout-à-fait exceptionnel.

Si le cathétérisme montrant des fongosités et parfois un séquestre, joint à la présence de filaments mycéliens à l'examen microscopique du pus, sont la signature de l'origine mycosique, le diagnostic de l'ostéite bacillaire est souvent fort délicat. En effet, la tuberculose du malaire

est précédée, pendant une période assez longue, d'une tuméfaction indolente. Au moment de la fistulisation, le diagnostic s'aidera de ces commémoratifs et de l'absence de phénomènes douloureux dentaires.

On recherchera le point douloureux situé au niveau de l'os malaire. Le stylet introduit dans la fistule ne se dirige pas vers l'infrastructure du maxillaire, mais gagne en haut l'os malaire.

La radiographie, d'autre part, est difficile à obtenir au niveau de cet os.

L'examen de laboratoire serait intéressant; malheureusement, dans les tuberculoses ouvertes, il est rendu difficile par l'infection secondaire.

L'inoculation au cobaye sera toujours pratiquée.

Il est à signaler cependant, comme signe de présomption, que, le plus habituellement, cette tuberculose du malaire n'est pas unique, et qu'il peut exister d'autres foyers d'ostéite bacillaire, permettant ainsi d'en faire le diagnostic.

Au point de départ *non osseux*, peuvent répondre :

- une adénite génienne tuberculeuse (Lenormant),
- une actinomycose gingivo-jugale à forme atténuée et fruste, la forme cervico-faciale, à fistules multiples, ne prêtant pas à confusion.

Seul ce dernier diagnostic offre quelques difficultés, à cause de la présence fréquente, comme dans les fistules dentaires, d'un trajet fibreux reliant le noyau actinomycosique jugal à une dent profondément infectée. Comme l'a bien montré L'Hirondel, le diagnostic se fera part :

- l'aspect de la tumeur mammelonnée, rouge, violacée, incrustée dans la joue, molle en certains endroits, dure en d'autres.

— l'aspect de la fistule située sur la tumeur « comme un cratère sur une montagne » : la fistule dentaire, au contraire, siège au fond d'un entonnoir cutané, rétracté et adhérent à l'os.

— le pus caractéristique, séro ou hémato-purulent avec grains jaunes donnant à l'examen microscopique l'image des filaments mycéliens.

e) Les *fistules mentonnières*, les plus fréquentes, sont aussi les plus importantes à connaître : le point de départ est presque exclusivement dentaire et comprend les incisives et canines inférieures, frappées très souvent de mortification pulpaire sans carie à la suite d'un traumatisme.

f) Aux *prémolaires*, font exceptionnellement suite des fistules cutanées.

g) Les *fistules angulo-maxillaires, sous-maxillaires et rétro-angulo-maxillaires* peuvent provenir soit :

— d'une lésion osseuse (ostéo-phlegmon, surtout de la table interne, dont l'importance a été bien montrée par Sébilleau);

— d'une lésion ganglionnaire (adéno-phlegmon).

Dans ce dernier cas, le stylet introduit n'atteint pas l'os, comme il le fait dans les fistules relevant d'un ostéo-phlegmon. La radiographie après injection de lipiodol permet de constater l'absence de continuité de la fistule avec l'os. La radiographie simple n'est pas un critère. Elle montre des lésions périapicales qui peuvent aussi bien être la cause d'un ostéo-phlegmon de la table interne que d'un adéno-phlegmon d'origine dentaire, par lésions concomitantes de la muqueuse. Dans cette question, le tout, pour faire une discrimination judicieuse des lésions, est de prouver la continuité du trajet fistuleux avec l'os.

h) Les *fistules du cou*, par leur siège très bas, peuvent faire croire :

— à des fistules congénitales infectées : mais leur topographie est très spéciale, et sera reconnue par le cathétérisme et, au besoin, par la radiographie après injection de lipiodol. Elles sont : ou médianes, provenant du tractus thyroïdienne, et G. Rémy-Néris en a donné récemment une très remarquable étude; ou latérales, provenant des arcs branchiaux, et nous citerons, à leur propos, les recherches récentes consignées dans la thèse de Moatti.

— ou à des adénites tuberculeuses fistulisées.

Dans ce cas, l'orifice de la fistule repose sur une base tuméfiée, empâtée, molle. Il ressemble à une plaie contuse, il est « en surface et non en profondeur » (Reclus).

i) Les *fistules multiples* peuvent se rattacher :

— soit à une lésion du tissu cellulaire : actinomycose cervico-faciale; phlegmon ligneux fistulisé, avec intégrité de l'os sous-jacent;

— soit à une lésion osseuse : ostéomyélite; tuberculose mandibulaire, dont le tableau clinique est le plus souvent très explicite.

Traitement

Dans les cas faciles, où l'existence de la fistule est liée étroitement à celle d'une lésion dentaire, le simple traitement de cette cause dentaire suffit pour faire tarir cette fistule.

Pour les fistules résultant des lésions des tissus cellulaires ou d'un foyer inflammatoire intermédiaire, il faut, de toute nécessité, adjoindre au traitement de la dent causale celui de cette lésion chronique, qui évolue souvent pour son propre compte et entretient la suppuration à la façon d'un séquestre : un simple curettage de ce tissu cellulaire ou du ganglion suppuré, ou la cure radicale du kyste incriminé... suffit pour amener la guérison.

Le traitement doit être autant que possible conservateur : on y arrive par un curettage péri-apical avec résection de l'apex, auquel, pour obtenir une guérison certaine, il faut, comme le conseille Crocquefer, associer le traitement du trajet fistuleux, que « l'on aura séparé définitivement de la plaie osseuse au cours de la cicatrisation ».

L'intervention peut être utilement complétée par une opération plastique ultérieure, qui ne sera pratiquée que deux à trois mois après la cicatrisation de l'orifice cutané.

Gérard Maurel a notamment donné la technique de l'intervention pour les fistules de la région sous-maxillaire.

Observations

OBSERVATION I

Fistule naso-génienne, consécutive à une arthrite apicale suppurée (canine et première prémolaire supérieures gauches). — Extraction. — Injection d'eau oxygénée dans la fistule. — Guérison.

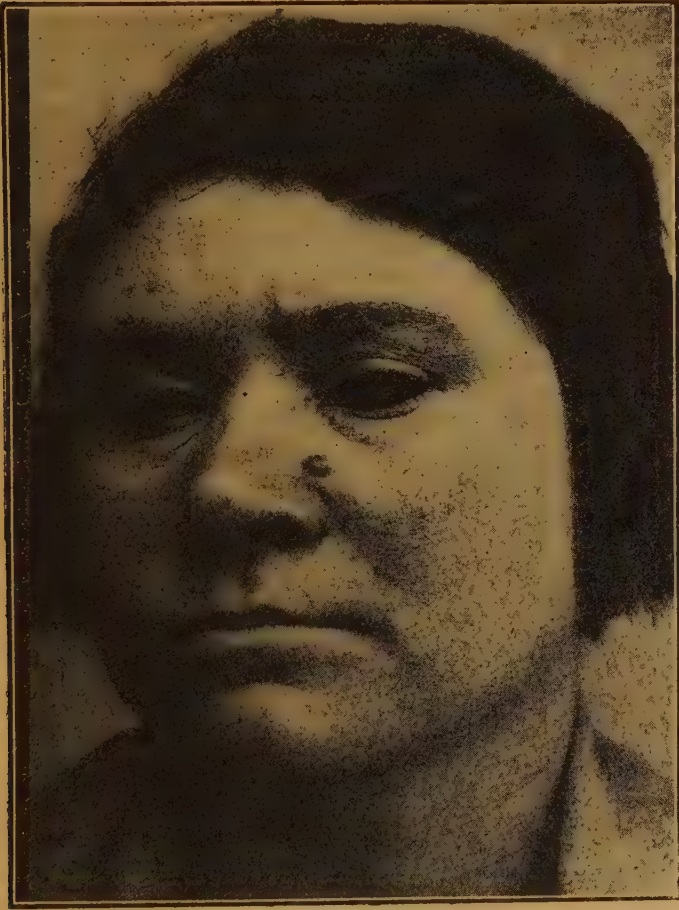
Mme G..., 33 ans, s'est présentée le 9 mai 1931 à la consultation stomatologique de l'Hôpital Saint-Louis pour une fistule siégeant au-dessus de l'aile gauche du nez.

De santé parfaite, exempte d'antécédents pathologiques, cette femme aurait fait, il y a trois ans et demi, une chute sur l'hémiface gauche, au cours d'un accident d'automobile. Pas de fracture des dents, mais six mois après l'accident, douleur à la mastication, avec irradiations à l'œil gauche. Peu de temps après, la canine et la première prémolaire supérieures gauches où siégeait le maximum de la douleur, devenaient mobiles, et la couronne, profondément cariée, tombait en morceaux. Un abcès soulevait le vestibule en regard des racines, par lesquelles le pus s'évacuait de façon intermittente.

Le même état se maintenait pendant deux ans, quand, — il y a donc environ un an, — la malade vit apparaître, au-dessus de l'aile gauche du nez, un bourgeon charnu surmonté d'un pertuis, par lequel s'écoulaient spontanément, d'abord du pus, puis une sérosité sanguinolente, en même temps que la suppuration radiculaire diminuait notablement.

A signaler que la malade n'a jamais mouché de pus,

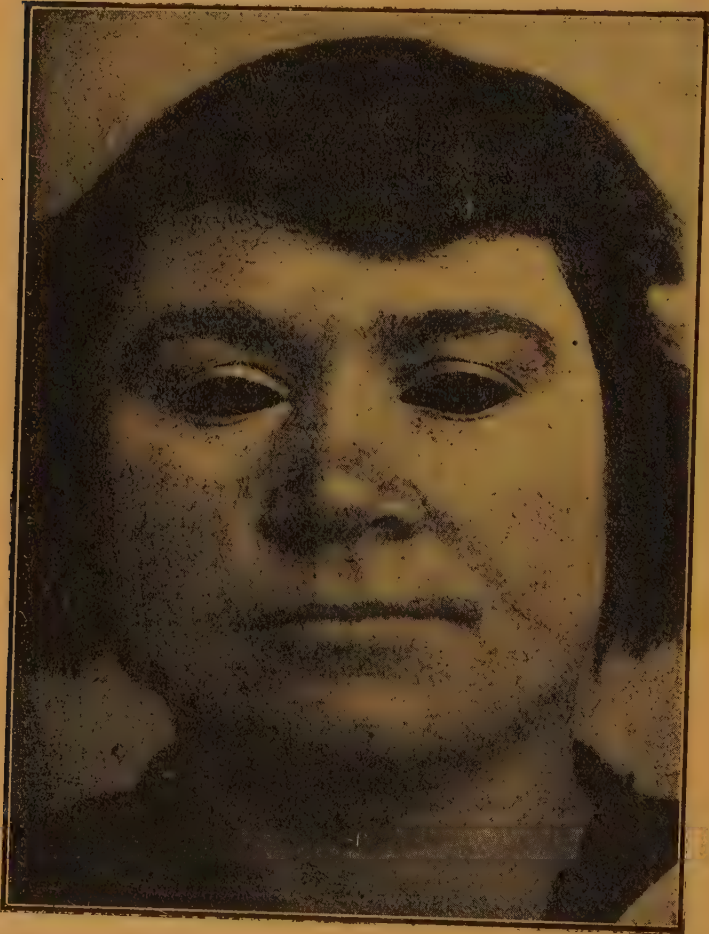
L'examen pratiqué à son entrée montra, à 5 m/m. au-dessus de l'aile gauche du nez, une saillie papilliforme, grosse comme un petit pois, violacée, recouverte d'une croûte jaunâtre à travers



laquelle on apercevait un orifice fistuleux punctiforme. La croûte enlevée, on vit suinter une sérosité muco-purulente peu abondante. Autour de l'orifice fistuleux, les téguments sont normaux.

Du côté de la cavité buccale, le vestibule était soulevé, en haut et à gauche par une tuméfaction surmontant la canine et la première prémolaire, réduites à leurs racines, tuméfaction grosse comme une noisette, douloureuse à la pression et se perdant en haut dans le sillon naso-génien.

L'exploration au stylet conduisit, à deux centimètres de l'orifice



cutané et dans la direction de la canine, sur de l'os ramolli. La radiographie montrait, autour des apex des canine et première prémolaire supérieures gauches un aspect granulomateux avec raréfaction osseuse.

Le diagnostic de fistule dentaire étant posé, l'extraction des deux dents incriminées fut pratiquée, suivie d'un curettage soigneux des alvéoles: un lavage à l'eau oxygénée poussé dans les fonds alvéolaires, fit jaillir le liquide au niveau de l'orifice cutané.

Le même traitement fut renouvelé le lendemain et, dès lors, la patiente ne fut plus revue à la consultation.

Le 7 décembre 1931, nous eûmes le plaisir de retrouver notre malade qui ne présentait plus, à la place de son ancienne fistule, qu'une très légère dépression cutanée, brunâtre, à peine perceptible.

« La fistule, nous confia-t-elle, était tarie le lendemain de ma dernière consultation et complètement cicatrisée les jours suivants ; c'est pourquoi je n'ai pas cru devoir revenir. »

Les photographies ci-incluses (du Musée de l'Hôpital Saint-Louis) montrent l'état de la fistule avant et après le traitement.

OBSERVATION II

Fistule angulo-maxillaire consécutive à une cellulite génienne d'origine dentaire. — Extraction. — Radiothérapie. — Guérison.

Mme C., 37 ans, s'est présentée le 13 octobre 1931 à la consultation stomatologique de l'Hôpital Saint-Louis pour tuméfaction de la joue gauche et douleur au niveau d'une molaire inférieure du même côté.

Le début des accidents remonterait à une semaine : douleur spontanée, continue, au niveau de l'angle gauche de la mandibule, de maximum nocturne, à caractère névralgique, accompagnée de trismus; deux jours après ce début douloureux, tuméfaction de la joue qui devenait rouge, œdématiée.

A l'examen, on se trouvait en présence d'une cellulite aiguë de la région angulo-maxillaire gauche, derrière laquelle la dent de sagesse inférieure, atteinte de gangrène pulpaire, était entourée d'une gingivo-stomatite très marquée.

L'extraction de la dent de sagesse fut pratiquée le jour même de la consultation. Mais, la malade ayant mis des compresses humides chaudes sur sa joue, une collection purulente se formait, puis se fistulisait au niveau de l'angle mandibulaire, donnant une suppuration abondante.

Revue le 17 octobre, la malade accusait une amélioration notable: suppuration presque tarie, cellulite très amendée.

Le 19 octobre, la radiothérapie fut instituée;

Le 20 octobre, bourgeonnement de la fistule, suppuration complètement tarie;

Le 7 novembre, cicatrisation complète de la plaie cutanée;

Le 21 novembre, guérison définitive.

OBSERVATION III

Fistule mentonnière, consécutive à la mortification pulpaire sans carie de l'incisive centrale inférieure gauche.

Extraction. — Guérison (due à l'obligeance du Dr CROCQUEFER)

Mme H... vient nous consulter, le 13 mai 1929, pour une fistule du menton qui laisse écouler continuellement un pus jaunâtre et nuit à son esthétique. Cette fistule est en évolution depuis deux ans; elle siège à la partie inférieure du menton, légèrement à gauche de la ligne médiane; il semblerait à la palpation qu'elle adhère légèrement à la face profonde de l'os.

Cependant l'examen buccal révèle, au niveau du maxillaire inférieur, le groupe des incisives, canines et prémolaires ne présentant pas de carie. Alors que toutes ces dents réagissent aux agents thermiques, l'incisive centrale inférieure gauche est la seule dent qui

ne réagisse pas; sa teinte est légèrement grisâtre, elle est opaque à la transillumination. Les causes de cette mortification pulpaire ne peuvent être retrouvées, la malade ne se souvenant d'avoir reçu aucun traumatisme sur la face et n'accusant dans son passé absolument rien, qui puisse nous faire songer à une mortification pulpaire septique, parfois hématogène.

Le jour même de la consultation, l'extraction de cette dent est décidée et est faite sous anesthésie locale; on pratique le curetage du fond de l'alvéole et le 28 du même mois, la guérison était complète.

OBSERVATION IV

Fistule mentonnière consécutive à la mortification pulpaire sans carie de l'incisive centrale inférieure droite, d'origine traumatique. — Désinfection et obturation de la dent. — Persistance de la fistule. — Résection apicale et curetage osseux. — Injection d'eau oxygénée dans la fistule. — Guérison.

(Due à l'obligeance du D^r CROCQUEFER)

Le 1^{er} novembre 1930, M. B... vient nous consulter à l'Hôpital Saint-Louis pour une fistule de la région mentonnière inférieure droite qui, depuis dix-huit mois, laisse écouler du pus. Le début de l'affection semble remonter à une contusion du menton datant de trois ans environ. En décembre 1929, le malade a consulté dans le service de notre maître Chomprét; le diagnostic causal de l'infection a été fait à cette date; l'incisive centrale inférieure droite que l'on a trouvée mortifiée a été traitée et correctement obturée; et cependant la fistule n'a pas disparu. Le 1^{er} novembre, lorsque le malade m'est adressé, la fistule présente encore un orifice gros comme un pois d'où s'écoule un pus jaunâtre et bien lié. Je décide l'intervention qui est pratiquée le 6 novembre sous anesthésie

tronculaire; une incision est faite à l'union de la muqueuse et de la fibro-muqueuse en regard de l'incision mortifiée; l'extrémité péri-apicale de cette dent est réséquée et l'os cureté vigoureusement; on fait passer dans le canal fistuleux dont on retrouve la trace au niveau de la plaie, une injection d'eau oxygénée qui vient ressortir par le trou de la fistule.

Le 4 décembre, l'orifice cutané ne laissait plus écouler la moindre trace de pus, il présentait tout juste un petit bourgeon charnu sur lequel on donnait un coup de thermocautère.

Le 8 janvier 1931, la cicatrisation était absolument complète et nous satisfaisait pleinement au point de vue esthétique.

OBSERVATION V

Fistule mentonnière datant de vingt-neuf ans. — Trépanation de l'incisive centrale inférieure sans lésion apparente, mais cause du mal. — Injection de créosote. — Guérison.

(In thèse de Pietkiewicz, novembre 1904)

M. D..., 39 ans. Vers l'âge de 10 à 12 ans, a souffert de l'incisive centrale gauche. Traumatisme probable mais ignoré. Absès au niveau de la fossette mentonnière dont on provoque l'écoulement par des cataplasmes de farine de lin. Un médecin avait proposé un coup de bistouri qui fut refusé. Guérison apparente.

Cependant, de temps en temps, la dent était sensible aux chocs.

Tous les ans, récidives avec quelquefois des phénomènes d'inflammation et de suppuration durant huit jours. Après l'évacuation du pus, il reste presque continuellement un écoulement de sérosité sanguinolente, appréciable surtout le matin sur la serviette ou sur le mouchoir.

En novembre 1902, trépanation de l'incisive, ramonage, injection de créosote qui passe très bien par la fistule mentonnière, de

laquelle au préalable nous avons fait sortir une gouttelette de pus. Obturation à la gutta.

En mars 1903, le malade que nous avions eu plusieurs fois et à qui nous avions assuré une guérison parfaite, croit avoir perçu un peu de suintement.

Un examen approfondi au stylet et même à une sonde de Donalson dépointée ne laisse percevoir aucun conduit, pas le moindre suintement, même à plusieurs jours d'intervalle.

Dent sensible à tous les modes d'exploration, gencive normale, cicatrice mentonnière en forme d'étoile très déprimée au centre, ni ganglion, ni douleur, dent parfaite.

OBSERVATION VI

Fistule mentonnière. — Curettage de l'os et cautérisation sans résultat. — Trépanation de l'incisive médiane droite. — Injection d'acide phénique. — Récidive quatre mois après. — Nouvelle injection d'acide phénique. — Guérison définitive.

(Résumé de l'observation de GIRES. — *Revue de Stomatologie*, — T. VIII, 1900).

Jeune femme de 29 ans, paraissant bien portante, présentant cependant des antécédents nerveux.

En 1891, dans une attaque d'hystéro-épilepsie, chute sur la face amenant la fracture de trois incisives supérieures.

Fin 1897, violente attaque de rhumatisme articulaire aigu. A sa convalescence survenant plusieurs mois après, légères démangeaisons à la région mentonnière, puis apparition d'une tuméfaction dure, étendue, peu saillante, recouverte d'une peau tendue, rouge, siège d'élancements, qui, sous l'action de cataplasme, grossissait et envahissait la symphyse, puis la région hyoïdienne.

Un mois après, un médecin consulté pratiqua sous le menton une incision: évacuation de pus jaunâtre mêlé de sang. La tuméfaction continuait néanmoins à suppurer mais s'affaissait graduellement, prenant l'aspect d'une petite plaie croûteuse située en arrière du rebord basilaire, à un demi-centimètre à droite de la symphyse. Suintement séreux continu, augmentant progressivement, puis purulent, dix-neuf mois après l'incision.

Plusieurs traitements successifs, sans résultat, institués dans différentes consultations d'hôpitaux (cautérisations au nitrate d'argent, injection de teinture d'iode, curettage osseux énergique, mèches iodoformées) : la suppuration persistait toujours.

Se présenta en septembre 1899 à la consultation dentaire de l'hôpital Lariboisière : l'examen montra sous le menton, à 8 mm. à droite de la symphyse et un peu en arrière du rebord basilaire, une plaie croûteuse de 1 cm. de diamètre avec légère fluctuation et issue d'un cm³ de pus à la pression. Examen de la bouche: dents antérieures du maxillaire supérieur coupées, leurs racines reposant sur un appareil; dents du bas paraissant saines, mais teinte grisâtre et bleutée nette des deux incisives centrales, avec absence de réaction à la chaleur du thermocautère et opacité caractéristique des dents mortifiées.

Trépanation de l'incisive centrale, cause probable de cette fistule; après évacuation de la pulpe putréfiée et nettoyage du canal, vaporisation de quelques gouttes de formol au courant d'air chaud; injection d'eau bouillie qui ressort par la fistule, puis d'acide phénique. Même traitement renouvelé deux jours après, puis obturation du canal (pâte à l'oxyde de zinc, formol, acide phénique) et de la cavité pulpaire (gutta).

Huit jours après, suppuration presque tarie, fistule en voie de cicatrisation.

Trois mois et demi après l'obturation de la dent (15 février), récurrence à la suite d'une légère indisposition, très légère suppuration. Même traitement, après avoir enlevé la première obturation, trouvée sans odeur.

Huit jours après, suppuration arrêtée, cicatrisation complète de la fistule.

Aujourd'hui, après six mois, la guérison persiste.

OBSERVATION VII

Fistule mentonnière, provenant de l'incisive centrale inférieure droite (mortification pulpaire sans carie). — Résection apicale et curettage péri-apical. — Injection d'eau oxygénée dans la fistule. — Guérison. (Due à l'obligeance du D^r CROCQUEFER).

Mme G... vient nous consulter à l'Hôpital Saint-Louis le 23 décembre 1930, pour une fistule siégeant dans la région sous-mentonnière depuis un an et demi environ. A cette époque, elle se souvient d'avoir présenté au niveau du menton un gonflement volumineux et douloureux qui a été suivi de l'apparition de la fistule. Cette fistule sous-mentonnière siège au niveau de la région médiane, elle est très volumineuse (1 cm. de diamètre), et laisse écouler un pus épais et abondant. L'examen de la bouche révèle une incisive centrale droite noire et ne réagissant pas aux agents thermiques, mais ne présentant aucune carie. Les dents voisines sont absolument normales.

Le 6 janvier, on pratique l'intervention sous anesthésie locale; l'incision est faite à l'union de la muqueuse et de la fibro-muqueuse, on fait au niveau de l'incisive centrale droite une résection apicale et un curettage péri-apical, la dent étant obturée jusqu'à l'apex d'une pâte antiseptique. On trouve au niveau de la plaie buccale l'origine du trajet fistuleux, par où on injecte l'eau oxygénée qui sort par la fistule.

Un mois après, la guérison était parfaite.

OBSERVATION VIII

Fistule mentonnière consécutive à une mortification pulpaire sans carie, d'origine traumatique (incisive latérale et canine inférieures gauches). — Divers traitements sans résultat: vaccinothérapie, radio-thérapie. — Résection apicale et curettage péri-apical. — Injection d'eau oxygénée dans la fistule. — Guérison.

(Que à l'obligeance du Dr CROCQUEFER)

Le 8 juin 1931, Mme V... vient me consulter pour une fistule mentonnière en activité siégeant à droite du menton et laissant écouler un pus abondant. En 1926, cette patiente avait reçu au cours d'un accident d'automobile un choc portant sur le côté gauche de la face ébranlant l'incisive et la canine inférieures gauches.

Le souvenir de cet accident avait disparu, lorsque, le 25 décembre 1929, la malade présentait une tuméfaction volumineuse du menton qui fut prise par le médecin traitant pour un furoncle et qui, quinze jours après, s'ouvrait au point où se trouve actuellement la fistule, donnant issue à une abondante quantité de pus. Depuis cette époque, cette fistule ne devait plus se tarir et la malade qui ne souffrait pas mais qui avec juste raison trouvait cette affection disgracieuse et pensait qu'elle pouvait lui causer préjudice pour l'exercice de sa profession, allait successivement voir en décembre 1929 un confrère qui, pensant à un furoncle, faisait exécuter un auto-vaccin, puis en octobre 1930, un radiologiste qui parlait de tuberculose possible et faisait plusieurs séances d'électro-coagulation. Enfin, tout dernièrement, elle allait consulter un confrère, qui, voulant éliminer le cancer ou la tuberculose, faisait une biopsie qui lui montrait la présence de tissu inflammatoire.

La patiente en était là et assez effrayée, d'autant plus qu'un dentiste lui avait affirmé qu'elle n'avait rien au point de vue dentaire, lorsqu'elle vint me consulter le 8 juin 1931. Elle présentait à

cette époque une fistule volumineuse située sur le côté droit du menton laissant échapper une grosse quantité de pus. Tout autour de cette fistule la houppe du menton infiltrée se laissait difficilement mobiliser sur les plans osseux profonds. L'examen endobuccal permettait de se rendre compte que le sillon vestibulaire était légèrement infiltré dans la région péri-apicale des incisives centrales droite et gauche, de l'incisive latérale et de la canine gauches. Aucune de ces dents ne présentait de carie. L'incisive latérale droite qui avait été incriminée par le dentiste consulté parce qu'elle siégeait du même côté que la lésion cutanée, était vivante et l'orifice qui avait été créé dans la couronne pour s'en assurer avait été refermé d'un amalgame. Mais un examen attentif permettait de remarquer une légère teinte grisâtre de la latérale et de la canine inférieures gauches, changement de teinte à peine perceptible qui, cependant, nous conduisait à chercher les épreuves de vitalité de ces dents. Elles ne réagissaient ni aux agents thermiques, ni aux agents électriques, elles étaient opaques aux rayons lumineux; nous pouvions donc affirmer qu'il s'agissait de dents qui, mortifiées à la suite de l'accident survenu en 1926, avaient, en 1929, provoqué l'ostéo-phlegmon qui s'était fistulisé depuis lors.

La radiographie pratiquée venait d'ailleurs confirmer ce diagnostic en montrant une zone de la raréfaction osseuse importante à l'extrémité de ces deux dents.

Le 9 juin, ces dents étaient trépanées; deux jours après leur canal était nettoyé, et le 17 juin on pratiquait, sous double tronculaire à l'épine de Spix, après une incision horizontale située au niveau de l'apex de ces dents, leur résection et leur curetage péri-apical. On obturait le canal de la canine sous le contrôle de la vue, celui de la latérale n'étant pas perméable. On découvrait du côté de la bouche l'orifice du trajet fistuleux par où on faisait passer de l'eau oxygénée.

Le 20, une deuxième radiographie était prise pour contrôle, et le 25, la fistule était complètement tarie, la malade attendant seulement la guérison de sa plaie intra-buccale.

OBSERVATION IX

Fistules cutanées multiples (12) suite de périostites (arthrites) chroniques. — Tuméfaction de tout le côté droit, depuis le sommet de la tête jusqu'à la clavicule. — Extraction. — Guérison.
(Résumé de l'observation du D^r ROUX, de Meximieux. — *Bulletin thérapeutique*, 1872, tome XXXIII, p. 120).

M. Jean G..., âgé de 26 ans, entra dans notre hôpital le 5 août 1847, pour une vaste tuméfaction de tout le côté droit de la tête et du cou. Les téguments infiltrés, squirrheux, présentaient douze plaies correspondant à autant d'abcès qui avaient été percés avec la lancette ou qui s'étaient ouverts spontanément.

De ces plaies, trois occupaient le cuir chevelu, trois la tempe, une la région sous-orbitaire, trois le milieu de la joue et deux la région sous-claviculaire. Toutes suppuraient assez abondamment.

L'état général n'était pas moins grave : épuisement physique et moral très marqué, dû à la fois aux souffrances et au trismus serré rendant l'alimentation très difficile. C'est avec beaucoup de peine qu'il raconta son histoire : sa maladie daterait de quatre mois et il aurait du côté droit plusieurs dents cariées dont il avait souffert seulement au début.

Le diagnostic était fort embarrassant. Était-ce cancer ou tuberculose ? La rareté du cancer à cet âge, la constitution vigoureuse du sujet exempt de tout antécédent familial, écartaient ces deux suppositions. C'était, plus vraisemblablement, à la présence des dents cariées dont le malade nous avait parlé qu'il convenait d'attribuer la cause des désordres observés.

Mais si le diagnostic me paraissait certain, l'application du traitement était loin d'être facile. En effet, l'écartement inter-maxillaire mesurait à peine un centimètre. En insinuant entre les canines, de chaque côté, des petits coins de bois, dont on augmentait progressivement les dimensions, on est arrivé à obtenir un écarte-

ment de 3 cm. ce qui permit d'extraire à la clef de Maury la première prémolaire inférieure. Cette dent ne présentait aucune lésion, mais le vide qu'elle laissa a permis l'extraction de la deuxième prémolaire qui, elle, montrait une gangrène pulpaire très marquée.

Dès le lendemain, la bouche s'ouvrit un peu mieux; le 11 août après un repos de quarante-huit heures, je pus extraire les deux grosses molaires que je trouvais également cariées; le 13 passant à la mâchoire supérieure, j'enlevai les deux grosses molaires correspondantes et, à dater de ce moment, il y eut une amélioration progressive et rapide: les mâchoires s'écartèrent chaque jour de plus en plus, les mouvements de l'articulation furent de moins en moins douloureux, la suppuration diminua puis cessa tout à fait. Les plaies se fermèrent et la résolution de cette énorme inflammation de tous les tissus de la face et de la tête fut complète le 1^{er} octobre suivant, quarante-sept jours après les dernières opérations. Il n'est resté à Jean G... que douze cicatrices adhérentes, traces indélébiles de la redoutable maladie qui avait sérieusement compromis sa vie.

OBSERVATION X

Fistule rétro-angulo-maxillaire, d'origine dentaire méconnue. —

Traitements divers sans résultats (propidon, pansements, rayons ultra-violets). — Curettage du fond alvéolaire, point de départ de la fistule. — Guérison.

(Due à l'obligeance de MM. BOZO, A. LATTÈS et TABAR).

Mme M..., 25 ans, vint nous consulter le 7 avril 1931, à l'Hôpital de la Pitié pour des phénomènes douloureux provoqués par une première molaire supérieure droite. Mais, comme notre patiente portait autour du cou un volumineux pansement, nous lui en

demandâmes la raison. Elle nous conta alors l'histoire suggestive que nous voulons vous rapporter:

En octobre 1930, alors que cette jeune femme était enceinte de sept mois, elle présenta une grosse tuméfaction de la région angulo-maxillaire gauche. Cette tuméfaction s'accompagne de douleurs violentes et de trismus. La dent de sagesse inférieure gauche, frappée de monoarthrite apicale suppurée, est extraite le 29 octobre 1930 dans ce service de stomatologie. Du pus sourd en quantité par l'alvéole. Le soulagement est immédiat, mais la suppuration continue pendant une quinzaine de jours. A ce moment, nouvelle poussée inflammatoire. Un curettage alvéolaire rétablit l'évacuation du pus. Mais en même temps une collection cutanée se forme. Une incision donne issue au pus. Des pansements alcoolisés sont prescrits.

Nous arrivons ainsi au 18 décembre, date de l'accouchement. Pendant son séjour à la Maternité, on continue des pansements secs quotidiens. La tuméfaction diminue. La suppuration persiste.

Vingt et un jours après son accouchement, elle est dirigée sur un service de chirurgie possédant une crèche. C'est là que commence une thérapeutique aussi variée que complexe. La malade reçoit quelques injections de propidon. Son état général déficient la fait bénéficier d'une série d'ampoules d'Hémostyl. La fistule est l'objet de soins particuliers: pansements chauds, humides, alcoolisés. Mais le pus sourd sans cesse. Pendant trois semaines, sans résultat, ce traitement polyvalent lui est appliqué.

A ce moment la malade part en convalescence. Mais quatorze jours après, elle revient rapidement à la Pitié. Les phénomènes inflammatoires ont repris toute leur acuité. Nouveau cathétérisme de la fistule. Nouveaux pansements humides et chauds. Nouvelle amélioration. Mais la suppuration persiste toujours.

Des diagnostics subtils sont envisagés. La preuve en est dans le fait que notre malade est soumise à huit séances de rayons U.V. qui se révélèrent tellement inefficaces qu'un traitement ioduré fut appliqué sans plus de succès. La fistule continue à sécréter! A ce

ce moment, une pulpite de la première molaire supérieure gauche nous amène la patiente qui paraît considérer que la suppuration angulo-maxillaire est une chose acquise, normale, irrémédiable. Pourtant cette fistule nous intéresse et l'examen nous permet de faire les constatations suivantes:

La fistule à bords rouges et bourgeonnants, siège à deux cm. en arrière et au-dessous de l'angle mandibulaire gauche. La palpation révèle un empâtement de cellulite chronique. Elle fait sourdre du pus et montre des adhérences aux plans profonds. Un stylet nous conduit sur de l'os dénudé. A l'examen endo-buccal, nous découvrons une autre fistule au niveau de l'alvéole de la dent de sagesse inférieure gauche.

Son cathétérisme nous conduit dans un long trajet intra-osseux vers l'angle mandibulaire.

Nous nous efforçons dès cet instant de convaincre notre malade de la nécessité d'une intervention. Nous lui promettons la guérison. Elle accepte, un peu incrédule.

Après radiographie qui montra une large zone de raréfaction osseuse péri-alvéolaire, l'intervention est pratiquée par l'un de nous, le 11 avril. Le curettage par voie buccale ramène des fongosités considérables et un séquestre de la table interne. La fistule cutanée est curettée à son tour. Nous terminons par un écouvillonnage au chlorure de zinc.

Le 14 avril, trois jours après l'intervention, la fistule cutanée est tarie. L'alvéole se cicatrise rapidement.

Conclusion

I. — Les fistules cutanées cervico-faciales d'origine dentaire sont rares par rapport aux fistules muqueuses.

II. — Le plus souvent, elles sont consécutives à une lésion du tissu cellulaire, d'origine dentaire, plus sérieuse qu'une fluxion banale, c'est-à-dire à une cellulite purulente.

III. — Il n'y a pas toujours corrélation absolue entre l'intensité des lésions osseuses et celle des lésions cellulaires: des foyers osseux insignifiants peuvent être le point de départ de cellulites sérieuses.

IV. — Le plus habituellement l'existence d'une fistule cutanée est liée étroitement à celle d'une lésion osseuse périapicale, et le simple traitement de cette cause dentaire pour faire tarir la fistule.

Mais, quelquefois, malgré la suppression de la cause dentaire et l'absence de lésion osseuse, la fistule persiste, parce que le tissu cellulaire du voisinage présentant une lésion chronique subsiste et entretient la suppuration à la manière d'un séquestre: un simple curettage de ce tissu cellulaire suffit pour amener la guérison.

V. — L'étiologie est guidée par la topographie de la fistule.

Le diagnostic de la dent causale se fait d'après le siège de la fistule:

a) A la sous-cloison du nez aboutissent les fistules des incisives centrales supérieures.

b) Celles de la latérale supérieure se font au niveau de l'aile du nez.

c) Celles de la canine supérieure au niveau de l'angle interne de l'œil, peuvent simuler une dacryocystite suppurée.

d) Les fistules sous-malaires posent un problème diagnostique du plus grand intérêt.

Si elles sont l'apanage habituel des prémolaires et molaires supérieures, la lésion initiale peut être très diverse, contrairement à l'opinion de Lebedinsky, d'après laquelle la fistule jugale proviendrait toujours d'une adénite génienne fistulisée.

Elles peuvent résulter de l'ouverture à la peau de :

- une adénite génienne tuberculeuse (Lenormant);
- une tuberculose de l'os malaire;
- une actinomyose gingivo-jugale (forme atténuée et fruste);
- ou d'une actinomyose osseuse du malaire (forme centrale, exceptionnelle).

e) Les fistules mentonnières, les plus fréquentes, sont aussi les plus importantes à connaître: le point de départ est presque exclusivement dentaire et comprend les incisives et canines inférieures frappées très souvent de mortification pulpaire sans carie, à la suite d'un traumatisme.

f) Aux prémolaires et molaires inférieures font exceptionnellement suite des fistules cutanées.

g) Les fistules sous-maxillaires proviennent soit :

- d'une lésion osseuse (ostéophlegmon);
- d'une lésion ganglionnaire (adénophlegmon).

h) Les fistules du cou, par leur siège souvent très bas, peuvent faire croire à des fistules congénitales ou à des adénites tuberculeuses fistulisées.

i) Les fistules multiples peuvent se rattacher:

- soit à une lésion du tissu cellulaire: actinomycose, phlegmon ligneux, avec intégrité de l'os sous-jacent;
- soit à une lésion osseuse: ostéomyélite, tuberculose mandibulaire.

VI. — Le traitement, autant que possible conservateur vise le foyer causal (curettage périapical et résection de l'apex) et le trajet fistuleux (injection de liquides antiseptiques ou caustiques), séparé définitivement de la plaie osseuse; il comprend toujours celui de la lésion intermédiaire (adénite, kyste...), et peut être complété ultérieurement par une opération plastique portée sur l'orifice cutané cicatrisé.

Bibliographie

- AMOEDO. — Fistules du menton d'origine dentaire. — *Revue de Stomatologie*, 1904 N° 11.
- A. BELLEMAIN. Des fistules du menton. — Thèse de Paris, 1892.
- CARBONELL. — Contribution à l'étude de l'étiologie dentaire des adénites cervico-faciales. Thèse de Paris 1930.
- CHOISY. — Mémoire sur les fistules dentaires. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1849.
- CROS. — Fistules d'origine dentaire consécutives à la mortification de la pulpe sans lésion apparente de la dent. *Revue de Stomatologie*, tome VIII, Paris 1901.
- FIÉVET. — Contribution à l'étude des fistules dentaires. Thèse de Lille 1902.
- FRAENKEL. — Les ostéites du malaire et leur diagnostic avec les affections d'origine dentaire. (Thèse de Paris 1929.).
- GAILLARD. — Fistules mentonnières d'origine dentaire. *Revue de Stomatologie*, tome VIII, Paris 1901.
- GAILLARD et NOGUÉ. — Traité de stomatologie, tome V. *Les fistules alvéolaires*, par Fargin-Fayolle.
- GÉRARD MARCHANT. — Des abcès et des fistules du menton symptomatiques d'une lésion non apparente de la racine de l'une des incisives inférieures. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, tome XVIII, Paris 1892.
- GIRÈS. — Fistules odonto-pathiques. *Revue de Stomatologie*, tome VII, Paris 1900.

LEBEDINSKY. — Des adénites génienues. Archives de Stomatologie 1902-1904. Communication: Les adénites génienues d'origine dentaire. Discussion à la Société de Stomatologie. *Revue de Stomatologie*, N° 5, 1921.

LEBEDINSKY G.-G. — Contribution à l'étude des adénites génienues aiguës et chroniques d'origine alvéolo-dentaire. Thèse de Paris 1928.

L'HIRONDEL. — Actinomycose gingivo-jugale. *Revue de Stomatologie*, avril 1925.

MALEPLATE. — Etude critique des adénites génienues d'origine dentaire. Cellulites subaiguës et chroniques. Thèse de Paris, 1931.

G. MAUREL. — Chirurgie maxillo-faciale, 1931.

L. MOATTI. — Les fistules et les kystes congénitaux de la région latérale du cou. Thèse de Paris, 1929.

MURET. — Traitement des fistules dentaires et des fistules mentonnières en particulier. Thèse de Paris, 1903.

OVIZE. — Fistules dentaires. Thèse de Paris, 1896.

PIETKIEWICZ. — De la périostite alvéolo-dentaire. Thèse de Paris 1876.

V.-B. PIETKIEWICZ. — Cure radicale des fistules d'origine dentaire. Thèse de Paris, 1904.

PRUDHOMME. — Les fistules du cou d'origine dentaire. Thèse de Paris, 1906.

RÉMY-NÉRIS. — Le tractus thyroïdienne (un vol. chez Doin, 1929).

Ch. RUPPE. — Anatomie bucco-dentaire (chez Vigot, 1928).

— Pathologie de la Bouche (chez Baillière, 1931).

ROUSSEAU. — Fistules d'origine dentaire. Thèse de Lille, 1907.

TELLIER. — Traitement des fistules dentaires. Thèse de Paris 1893.

THIBAUT. — Les fistules cervico-faciales d'origine dentaire. *Paris Médical*, 1^{er} septembre 1928.

Achevé d'imprimer
le 31 Décembre 1931
sur les presses de la Maison.

M. BLONDIN

24, Rue Cardinet

-- PARIS --

Vu le Doyen
BALTHAZARD

Vu le Professeur
F. LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
L. CHARLETY

